~~VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH~~ Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)"

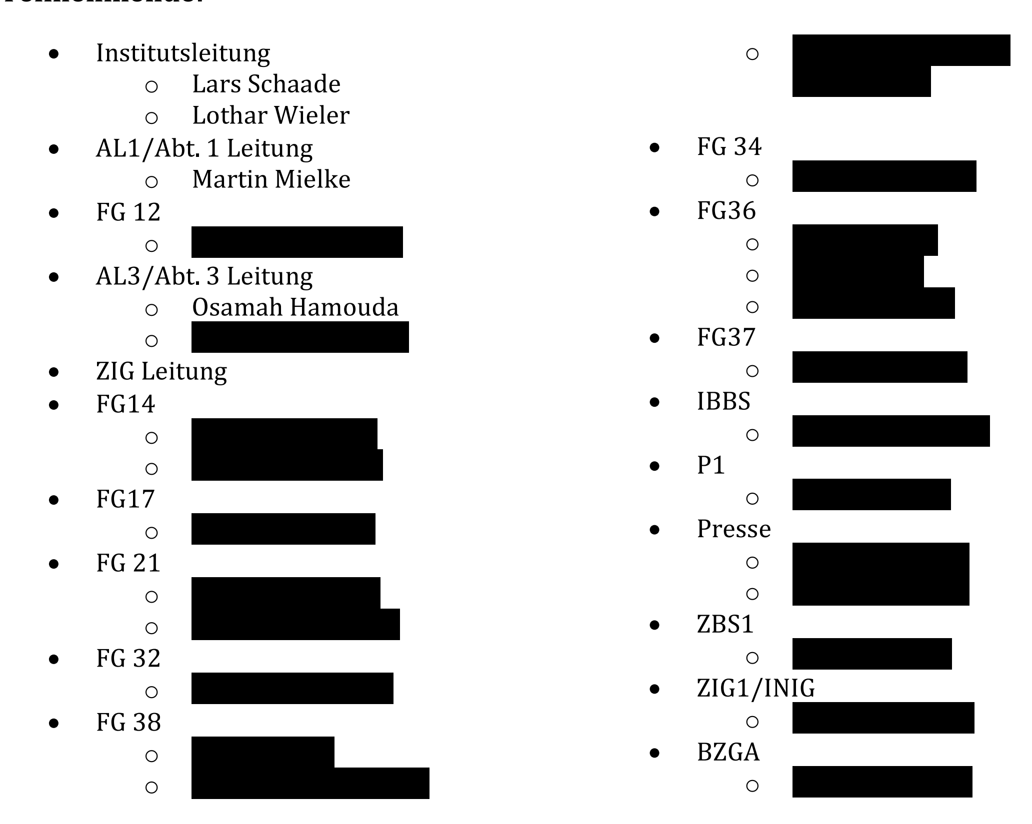
Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*25.01.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:



- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1/Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- FG 12
- AL3/Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
- FG14
- FG17
- FG 21
- FG 32
- FG 38
- FG 34
- FG36
- FG37
- IBBS
- P1
- Presse
- ZBS1
- ZIG1/INIG
- BZGA

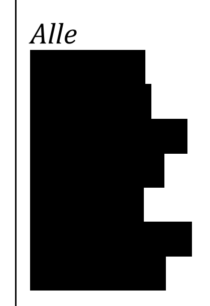
TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** International (freitags) **National** • Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt 2.141.665 Fälle, davon 52.087 (+217) Todesfälle (2,4 in%), 7-Tage-Inzidenz 111/100.000 Einwohner ○ 4-Tage-R=1,06; 7-Tage-R=0,95 (Stand 25.01.2021) ○ Impfmonitoring (24.01.2021): Geimpfte mit einer Impfung 1.469.353 (1,8%), mit 2 Impfungen 163.424, ○ DIVI-Intensivregister: 4628 Fälle in Behandlung (-32) ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 351, davon 39% verstorben ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: in allen Bundesländern leicht rückläufigen Trend, auch TH, SN, BB. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: Führend in der 7-Tage- Inzidenz sind SN, TH, ST ▪ Kein LK > 500/100.000 ▪ Einige Landkreise < 50/100.000 (überwiegend im Norden) Beurteilung: ○ 7-Tage-Inzidenz-Gesamtdeutschland mit 111/100.000 deutlich niedriger als Ende Dezember, R liegt um 1, nach dem Wochenende geringe Zunahme der bestätigten Fälle und der Anzahl der Verstorbenen. ○ Hinweis zur Erfassung der 217 Verstorbenen: Angegeben werden diejenigen, von denen das RKI in den letzten 24h Kenntnis erhalten hat, das Sterbedatum kann schon weiter zurückliegen ○ Es ist nicht von einer Untererfassung auszugehen, (über DEMIS sind 5000 Meldungen eingegangen). ○ DIVI-Intensivregister: kein Anstieg, weiterhin leichter Rückgang **Grafische Darstellung der 7-Tage-Inzidenz** •	*FG 32*

-
- Der Vorwurf einer absichtlichen Unterschätzung würde entkräftet
- Beispieldarstellung: korrigierte Kurve ist entspannter, zeigt aber bspw. für Sachsen für zurückliegende Daten eine deutliche Unterschätzung der 7-Tage-Inzidenz
- Der Bereich, der wegen noch unvollständiger Daten in jeder aktuellen Darstellung unterschätzt ist, soll mit grauem Balken hinterlegt und einem Hinweis versehen werden

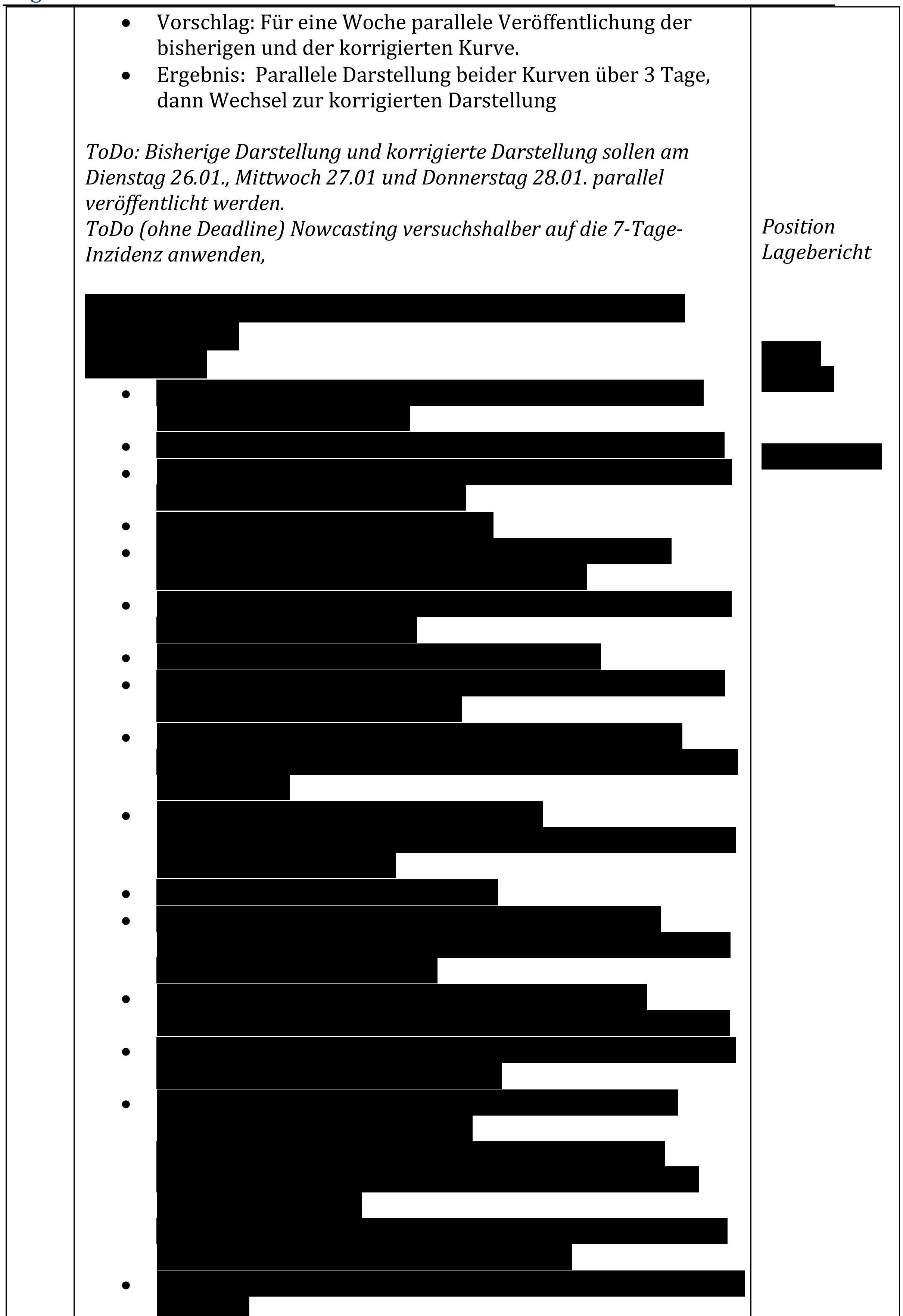
Diskussion:

- Frage: ist die Inzidenz (Basis der gesamten Berichterstattung/ vor allem die 50/100.000-Grenze) in der korrigierten Darstellung dann immer höher?
  Antwort: Nein, der Fehler betrifft nur den aktuellen und vorangegangenen Tag und wird mit weiter zurückliegenden Tagen kleiner, für den jeweils aktuellen Tag gibt es keinen Unterschied, die Korrektur betrifft nur den vorangegangenen Tag
- Könnte für die Länder problematisch sein: Verordnungen richten sich nach den Zahlen, die das RKI täglich ausweist
- Es könnte zwar ein Problem sein, dass mit der rückwirkenden Korrektur in D eine 7-Tage-Inzidenz von >200 vorlag, die Einschränkung auf den 15-km Radius also bundesweit gegriffen hätte, im Vordergrund steht jedoch eine konsistente Berichterstattung, die über diese neue Darstellung möglich ist
- Für den mit dem grauem Balken hinterlegten, unter-schätzungsgefährdeten Zeitraum (s.o.) können aktuelle Länderdaten herangezogen werden
- 
-
-
- Frage: Könnte das Nowcasting auch sinnvoll auf die 7-Tage-Inzidenz angewendet werden?
  Antwort: Könnte man versuchen, nicht alternativ zur korrigierten Darstellung, nur als Ergänzung denkbar
- Frage: Änderungen sind schwierig zu vermitteln, Inzidenzen werden rückwirkend höher?
  Antwort: Die jeweils tagesaktuellen Inzidenzen sind nicht falsch, da sie auf zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Daten beruhen.

Alle



	• Vorschlag: Für eine Woche parallele Veröffentlichung der bisherigen und der korrigierten Kurve. • Ergebnis: Parallele Darstellung beider Kurven über 3 Tage, dann Wechsel zur korrigierten Darstellung *ToDo: Bisherige Darstellung und korrigierte Darstellung sollen am Dienstag 26.01., Mittwoch 27.01 und Donnerstag 28.01. parallel veröffentlicht werden.* *ToDo (ohne Deadline) Nowcasting versuchshalber auf die 7-Tage-Inzidenz anwenden,*	*Position Lagebericht*





	• [redacted] • [redacted]	
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** **Nicht besprochen (vertagt wegen Zeitmangel)**	*FG 21* [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung der Schwere der UK Variante (B.1.1.7) **Auf Mittwoch vertagt**	Alle *FG 37*
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted] • Soll von der Pressestelle des BMG dementiert worden sein • Es sollte allgemeinverständlich in FAQ oder in einem EpiBull-Artikel dargestellt werden, dass Antigen-Tests vorwiegend zur Feststellung der Infektiosität geeignet sind. • Es besteht Kontakt zur Fachebene des BMG [redacted] dort sind die Chancen und Limitationen bekannt. Zunächst: Öffnung für den betrieblichen Kontext, fachlich angeleitet und betriebsärztlich begleitet. • Zu Speicheltests liegen keine Informationen vor, die Zusage einer breiten Anwendung würde hier ein Incentive für die Weiterentwicklung sein • Denkbar ist eine Abgabe von Antigen-Tests über Apotheken, mit der Aufgabe der Aufklärungspflicht • Anmerkung: zum Wording: es sollte heißen „unauffälliger Antigen-Test“	[redacted]

6	[redacted]	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein:** Anpassungsbedarf von RKI Empfehlungen/Dokumenten (z.B. hinsichtlich Inkubationszeit, Quarantänezeit, Isolationszeit, Ausscheidungszeit, Neue Definition von Kontakten) **Entlasskriterien aus der Isolation:** • Bislang kein Änderungsgrund bei den Entlasskriterien, da bei hospitalisierten Fällen (schwerer Verlauf) ohnehin PCR vor Entlassung empfohlen ist. Die Datenlage zur Therapie bei VOC ist noch dünn. • Frage: Kriterium für die Verlaufsdefinition ist der Sauerstoffbedarf, denkbar ist Hospitalisierung wegen anderer Erkrankung und leichter Covid-19-Verlauf, würde dann keine PCR vor Entlassung durchgeführt? • Antwort: Bei Rückverlegung in Einrichtung oder mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen ist PCR empfohlen • Grundsatzkriterium bei Entlassungen aus der Isolation (leichte Verläufe) frühestens nach 10 Tagen und mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit. Dies sollte auch bei neuen Varianten ausreichen. • Hinweis: Ausscheidungskinetiken der neuen Varianten sind noch unbekannt • Bei Immunsupression und Virusausscheidung von >21 Tagen soll eine Sequenzierung empfohlen werden (Immune-Escape) • Übertragung der bisherigen Regelungen auf VOC zugunsten der Einheitlichkeit hier vielleicht nicht ausreichend, es sollte nicht auf PCR bei Entisolierung verzichtet werden • Kontainment gewinnt an Bedeutung, da Impfwirkung bei bras. Variante ungeklärt und schwerere Verläufe bei B.1.1.7 nicht ausgeschlossen sind Vorschlag: Hier eignen sich Antigen-Tests gut, denn grundsätzlich ist die Domäne des Antigentests die Infektiosität (gegen Ende der Infektion) PCR ist relevant als Infektionsnachweis zu Beginn. Bei positivem Antigen-Testergebnis sollte die Quarantäne verlängert werden • Ist dieser Aufwand leistbar? Klinische Besserung als Entlasskriterium zeigt die Überwindung der der Ausscheidung ausreichend an • Für Kliniken könnte ein Antigentest das Procedere bei Verlegung beschleunigen	Alle [redacted]

- Es liegen keine Daten zur Ausscheidung, Infektiosität und Impfpräventabilität vor, daher sollte bei bekannter Infektion mit VOC ein Antigentest vor Entlassung empfohlen werden
- Frage: Zuerst über Kliniken mit guter Diagnostik, zu denen wir leichten Zugang haben, mehr Überblick verschaffen, dann an die Öffentlichkeit gehen?
  Antwort: Zu viel Zeitverzug
- Frage: Sollte bei Antigentest vor Entisolierung nach VOC-Infektion eine Vergleichsgruppe mit klassischer Variante ebenso getestet werden?
- Antwort: Daten sollen bei Ausbruch im HUK und bei weiteren Parallelausbrüchen gewonnen werden
- Einigung: Antigentest vor Entisolierung, es bleibt noch unentschieden, ob in jedem Setting

ToDo: Textentwurf mit dem Inhalt:
Wir sind der Meinung, dass ein Antigen-Test vor der Entlassung aus der Isolation durchgeführt werden sollte. Caveat: Es ist noch unklar, ob dies nur im klinische Setting (hospitalisierte Fälle) oder auch im häuslichen Setting gilt. Bei Immunsupression sollte grundsätzlich Sequenziert werden.

Getrennte Isolierung von Kohorten

-
-

Diskussion:

- Dies wird auch bei anderen Erregern mit unterschiedlich virulenten Varianten so gehandhabt
- Einigung: getrennte Isolierung von Kohorten wird empfohlen.

Kontaktpersoneneinstufung

- Frage: Sollen Kontaktpersonen von KP I ebenfalls unter Quarantäne gestellt werden?
- Grundlage: Haushaltsmitglieder von Fällen sind KP I und werden unter Quarantäne gestellt
- Kontaktpersonen von KP I wurden bisher nicht unter Quarantäne gestellt. Ausnahme: GÄ haben Familien unter Quarantäne gestellt, wenn ein Kind KP I war, um Eintrag in andere Einrichtungen über Geschwisterkinder zu verhindern
- Vorschlag: Option, die ganze Familie zu quarantänisieren, könnte in die Empfehlungen aufgenommen werden
- Einwand: Dann würden jede KP I als Fall behandelt, KP sind jedoch keine Ansteckungsverdächtigen
- Ergebnis: KP von KP I sollen nicht grundsätzlich in Quarantäne, es soll deutlicher kommuniziert werden, dass KP I ihre Kontakte von ihrem Status informieren und darauf

	hinweisen sollen, dass sie im Fall einer auftretenden Symptomatik erneut Kontakt aufnehmen werden • Cave: Es soll bei Kontaktpersonen von KP I nicht von „Kontaktpersonen 2. Grades" gesprochen werden, um eine Verwechslung mit KP II zu vermeiden! *ToDo: Klären, ob der Hinweis auf ein Kontakttagebuch hier auch aufgenommen werden soll, oder bereits in den Dokumenten empfohlen ist.* **Gebietssperrungen** • Frage einer Riegelungsimpfung stellt sich bei derzeitigem Impfstoffmangel nicht • Abriegelung geografischer Einheiten wird nicht empfohlen, Abriegelung von Stadtteilen ist kaum möglich bzw. kontrollierbar und führt zu falschen Sicherheitsannahmen in nicht betroffenen Gebieten. •  • Gebietssperrungen wie bei Tierseuchen (MKS) sind schwer vorstellbar • Fazit: Abriegelung ist zum jetzigen Zeitpunkt keine sinnvolle Maßnahme, um die Ausbreitung zu verhindern. (zu spät). **Empfehlungen für Pflegeheime nach abgeschlossener Impfung** • Wann kann hier eine fertige Empfehlung geliefert werden? • Derzeitiger Stand: es sind keine Änderungen der geltenden Empfehlungen geplant, da weniger als 100% der Bewohner und MA geimpft sind. Zudem liegen nicht ausreichend Daten zum verhalten der VOC nach Impfung vor *ToDo: Diesbezügliche Stellungnahme mit bis 25.01.2021 Dienstschluss formulieren*	
8	**Dokumente**	

	Wie soll bei Genesenen vorgegangen werden (im Kontext mit Geimpften): • Textvorschlag „Anpassung der Version vom 15.1. bez. des Managements von Kontaktpersonen der Kategorie 1 mit vorbestehender bestätigter SARS-CoV-2 Infektion oder Impfung" steht zur Diskussion (Entwurf hier) Vorschlag 1: Falls Kontakt innerhalb von 3 Monaten nach Infektionsnachweis vorliegt: keine Quarantäne, Ausnahme: Kontakt mit vulnerablen Gruppen (dies entspricht dem ECDC-Vorschlag). Vorschlag 2: aufgrund der zirkulierenden Mutanten wird auch für Genesene Quarantäne empfohlen Diskussion: • Variantenabhängige Differenzierung von Maßnahmen (Vorschlag 1) ist bedenklich: Schwierigkeit des Nachweises einer vorangegangenen Infektion und der Anerkennung von Nachweisen, Eigenschaften der Varianten sind nicht vollständig bekannt • Vorschlag 2 ist einfach, bedeutet jedoch einen Kurswechsel, lässt sich durch Hinweis auf neue Varianten begründen, obwohl bisher wenig Informationen zu VOC vorliegen • Vorschlag 2, Quarantäne auch für Genesene, wird angenommen, mit dem Hinweis auf die Zirkulation neuer Varianten (auch die Brasilien-Variante soll erwähnt werden). **Quarantäne für KP I bei Kontakt mit VOC:** • Es soll auf den „Infobrief 53 (22.01.2021) für Gesundheitsämter zur Beauftragung einer Genom-sequenzierung von SARS-CoV-2-positiven Proben bei Verdacht auf das Vorliegen einer Variant of Concern (VOC)" hingewiesen und verlinkt werden • Textvorschlag für die Hinweise zur Anordnung der Quarantäne: Die Quarantäne soll nicht auf <14 Tage verkürzt werden (soll dies auch bei Verdacht auf oder nur bei Nachweis von VOC -Infektion gelten?) Da es Hinweise auf eine längere Inkubationszeit gibt, wird für eine weitere Woche nach Quarantäne eine Selbstbeobachtung empfohlen. Unklar: Soll vor Entlassung aus der Quarantäne ein negatives Testergebnis vorliegen? Diskussion: • Empfehlungen sollten möglichst einheitlich bleiben, PCR bei Abschluss der Quarantäne wäre eine Sonderregelung • IN UK erfolgten, außer Schulschließungen, keine weiteren Anpassungen der Maßnahmen in Reaktion auf B.1.1.7. • Fraglicher Zusatznutzen des abschließenden PCR, Verantwortung wird damit delegiert • PCR würde einen Rückblick auf 16 Tage erlauben, möglicher weise liegen Ansteckungen mit VOC weiter präsymptomatisch zurück	[redacted] *Alle*

	• Hinweis: Zurückhaltung bei immer kleinteiligeren Empfehlungen ist erforderlich– GÄ sind überfordert, es dauert etwa 4 Wochen, bis sich Änderungen in der Breite durchsetzen • Einigung zugunsten der Einheitlichkeit: • Bei Verdacht auf oder Nachweis von VOC keine Verkürzung der Quarantäne auf <14 Tage, Selbstmonitoring für eine weitere Woche nach Quarantäne wird empfohlen, kein PCR - Test vor Entlassung • Frage: sollte VOC bei Verdacht nicht innerhalb von 14 Tagen nachgewiesen werden? • Antwort: Das ist nicht realistisch (z.B. werden Proben nicht immer eingesendet, spezielle PCRs fehlen etc.)	
9	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33
10	**Labordiagnostik** **FG 17** • AGI Sentinel: 303 Einsendungen, 10,9 % positiv für SARS-CoV-2, 7 % positiv für Rhinoviren, 3x saisonaler Coronavirus, 3x Parainfluenzavirus 3, kein Influenzanachweis. • Die Influenzasaison wird mild ausfallen • B.1.351 konnte erfolgreich angezüchtet werden, auch bei B.1.1.7 erfolgversprechender Versuch, ZBS1 ist einbezogen • •	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Sobald neue Informationen vorliegen, werden sie auf der Homepage eingestellt.	*IBBS*
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	

	[redacted] • An der Videokonferenz nahmen [redacted] teil • Es wurden folgende Fragen gestellt: Wurde überlegt, welche Konsequenzen das hat (z. B. auf die Verfügbarkeit)? Antwort: Laut BMG wurden wohl keine Daten zur Verfügbarkeit eingeholt Wird differenziert zwischen verschieden Typen medizinischer Masken (I, II, IIa)? Antwort: In den Verordnungen wird nicht differenziert. Wurde die Auswirkungen auf Vorräte und Ressourcen überprüft? Dies konnte nicht beantwortet werden Wurden Auswirkungen und Nebenwirkungen für die Anwender erklärt? Antwort: RKI hat mögliche Wirkung und Nebenwirkungen ausführlich dargestellt, ohne Angst zu wecken und ohne diese Empfehlung zu positiv darzustellen. • Anmerkung: Die BAuA hat die Bemerkung zur Verwendung von med. Masken für Privatpersonen aus ihrer Tabelle genommen (sie ist nicht für Privatpersonen zuständig). • Testung vor/nach Einreise aus Virusvarianten-Gebieten (NEU, für Montag) **auf Mittwoch vertagt** • Abgrenzung bzw. Definitionen von Risiko-/Hochinzidenz-/Virus-Varianten-Gebieten -> Verständlichkeit für Anwender*innen **auf Mittwoch vertagt** • Empfehlung, alle nicht essenziellen Reisen im In- und Ausland zu unterlassen **auf Mittwoch vertagt**	
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie, • nur 1 Folie besprochen (Folien hier) **weitere Folien auf Mittwoch vertagt** ○ Rückgang der Inzidenz in fast allen Altersgruppen, lediglich in der AG 0-5 Jahre kein klarer Rückgang ○ Im Gegensatz zu den Schulen: 41 Ausbrüche in KiTas Anstieg 2. KW: 8 Ausbrüche mit >10 Fällen ○ KiTas sind allerdings nicht geschlossen, sondern bieten Notbetreuung in unterschiedl. Umfang. ○ Sorgfältige Beobachtung ist angebracht (mit Blick auf die Lage in UK), da Schulen weniger betroffen sind.	FG32 FG36 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**	FG38

	•	
16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen:** • Nächste Sitzung Mittwoch, 27.01.2021, 11:00 Uhr, [geschwärzt]	

Ende der Sitzung 15:19 Uhr